

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

129

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 décembre 1898, à 1 heure

Par LOUIS MALTERRE

Né le 28 octobre 1872 à Sauvagnat-Sainte-Marthe (Puy-de-Dôme).

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DU MANUEL OPÉRATOIRE
DE LA NÉPHROPEXIE
DESCRIPTION D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. MARFAN et FAURE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVÉ ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

129

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 décembre 1898, à 1 heure

Par LOUIS MALTERRE

Né le 28 octobre 1872 à Sauvagnat-Sainte-Marthe (Puy-de-Dôme).

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DU MANUEL OPÉRATOIRE

DE LA NÉPHROPEXIE

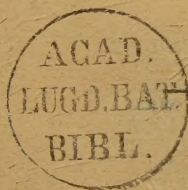
DESCRIPTION D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

MARFAN et FAURE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physiologie médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies du système nerveux.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
PIERRE DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

DU MANUEL OPÉATOIRE

DE LA NÉPHROPEXIE

DESCRIPTION D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

INTRODUCTION

Durant notre année d'externat chez notre excellent maître, le D^r Bazy, nous eûmes maintes fois l'occasion de lui voir employer, dans l'opération de la néphropexie, un procédé différant assez des procédés actuels employés par les autres chirurgiens. Devant la simplicité de ce nouveau mode opératoire et les bons résultats obtenus par son application, nous eûmes l'idée d'en faire une étude spéciale et de montrer les avantages qu'il présente, comparative-

ment aux autres procédés employés à l'heure actuelle.

Après un court historique de la néphropexie, opération relativement récente, et une brève description des indications et des contre-indications de cette opération, ainsi que des procédés imaginés par les chirurgiens qui s'occupèrent les premiers de la question, nous décrirons plus en détail les modes opératoires qui sont actuellement le plus en faveur, avec les inconvénients et les avantages qui s'attachent à chacun d'eux, pour arriver enfin au procédé qui constitue la partie vraiment originale de cette étude. A la fin de ce travail, nous citerons un certain nombre d'observations de malades opérées par M. Bazy à l'hôpital Tenon et à l'hôpital Saint-Louis.

Mais, avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de remercier nos anciens maîtres de l'Ecole de Clermont-Ferrand, et, en particulier, MM. les D^{rs} Bousquet, Pojolat, Planchard et Maurin, à qui est incombée la lourde tâche de nous diriger au début de nos études médicales.

Que nos maîtres de la Faculté de Paris et des Hôpitaux, et principalement, MM. les professeurs Jaccoud et Gouguenheim, dont nous avons été successivement l'externe, reçoivent ici nos sincères remerciements pour leurs bonnes leçons.

Que M. le D^r Bazy, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, qui a été l'initiateur de cette thèse

et qui a toujours fait preuve envers nous d'une paternelle bienveillance, reçoive l'expression de notre reconnaissance la plus profonde.

Nous adressons enfin nos sincères remerciements à M. le professeur Berger qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse.

HISTORIQUE

L'intervention chirurgicale dans le cas de rein flottant est relativement récente. Ce n'est en effet que longtemps après la découverte de l'antisepsie que les chirurgiens, encouragés dans leurs efforts par les bons résultats qu'ils obtenaient dans leurs opérations, se décidèrent à renoncer aux moyens palliatifs pour pratiquer une véritable cure radicale du rein flottant. Et l'on comprend parfaitement leur hésitation à intervenir au moyen d'une opération sanglante dans une affection, parfois très douloureuse il est vrai, mais où la vie des malades n'était que rarement en danger, lorsqu'on songe aux terribles accidents qui accompagnaient à ce moment les plus petites interventions et qui avaient souvent un dénouement fatal.

Mais depuis que la méthode antiseptique a permis d'éviter presque sûrement toutes ces complications qui rendaient illusoire toute intervention chirurgicale, la chirurgie a fait des

progrès considérables et bon nombre d'opérations, qui étaient autrefois regardées comme très graves, apparaissent aujourd'hui comme étant d'une bénignité relative, quand elles sont bien menées. En même temps, les chirurgiens découvraient tous les jours des interventions nouvelles dans des maladies où jusqu'alors le traitement médical seul avait été employé. La néphropexie est de ce nombre et aujourd'hui les chirurgiens, véritablement dignes de ce nom, n'hésitent plus à opérer lorsqu'ils se trouvent en présence d'un rein flottant chez une malade que le traitement médical et le port de ceintures ou de bandages appropriés ne soulagent que médiocrement.

C'est en 1869 que Simon d'Heidelberg proposa pour la première fois d'intervenir chirurgicalement dans le cas de rein flottant, mais ce n'est pas lui qui imagina l'opération connue sous le nom de néphropexie, et le but qu'il se proposait en opérant n'est pas du tout celui vers lequel tendent aujourd'hui les efforts du chirurgien. Simon proposa tout simplement l'ablation complète et totale du rein ptosé. En un mot, c'est une néphrectomie et non une néphropexie qu'il pratiqua comme moyen curateur du rein mobile, et, pendant une vingtaine d'années environ, ce fut le seul traitement chirurgical du rein mobile.

La néphrectomie fut employée en effet jus-

qu'en 1881, époque à laquelle Hahn, de Berlin imagina, non d'enlever l'organe mobile, mais de le fixer par des points de suture à la paroi lombaire. La méthode, encore à son début, ne pouvait naturellement pas jouir de toute la sécurité qu'on lui reconnaît aujourd'hui et Hahn n'eut d'abord que des demi-succès. Ses premières opérations furent en effet suivies de récurrence à courte échéance, ce qui n'a rien qui étonne, étant donné qu'il avait simplement suturé la capsule cellulo-adipeuse du rein à la paroi lombaire. Hahn ne se découragea pas pour cela et, dans les opérations ultérieures qu'il eut à pratiquer, il ne se contenta pas comme autrefois de suturer la capsule cellulo-adipeuse, il sutura également la capsule propre du rein et obtint cette fois quelques succès.

La néphrorrhaphie subit alors le sort de toutes les opérations chirurgicales nouvelles, c'est-à-dire qu'on en usa et qu'on en abusa. Elle fut pratiquée en effet, non-seulement en Europe, mais aussi et surtout par les chirurgiens américains. On tint peu compte des indications opératoires si nettement depuis rappelées par M. Albarran, et c'est à cela qu'il faut attribuer les insuccès qui survinrent alors un peu partout. La méthode, d'ailleurs encore toute nouvelle, était loin d'avoir acquis le degré de perfectionnement qu'elle présente à l'heure actuelle.

C'est à la suite de ces cas malheureux, no-

tamment ceux de Ceccherelli, que les adversaires de la néphrorrhaphie revinrent à la charge et il se produisit alors un revirement complet, surtout en France. C'est ainsi que Segond, au *Congrès de chirurgie* tenu à Paris en 1886, conclut nettement en faveur de la néphrectomie qu'il appelle la méthode la plus sûre et la plus simple dans le traitement du rein mobile.

Toutefois les partisans de la néphrorrhaphie ne s'étaient pas découragés, surtout à l'étranger ; ils avaient multiplié les tentatives et bon nombre d'observations de reins flottants guéris par la néphrorrhaphie furent alors publiées. Quelques chirurgiens français les imitèrent et Ollier, en particulier, au *Congrès de chirurgie* de 1886, n'adopta pas du tout les conclusions de Segond et posa nettement sa préférence en faveur de la néphrorrhaphie, ajoutant cependant qu'il considérait comme assez rares les cas d'ectopie rénale justiciables d'une intervention chirurgicale.

Depuis cette époque, la néphrorrhaphie continua à se pratiquer et les succès allèrent d'autant plus en se multipliant que la méthode se perfectionnait davantage. Parmi les chirurgiens français qui en furent bientôt de fervents adeptes et qui contribuèrent à en faire une des plus belles opérations de la chirurgie moderne, il faut citer Guyon, Le Dentu qui créa le mot nouveau de néphropexie par analogie avec cette

autre opération chirurgicale désignée sous le nom d'hystéropexie, Lucas - Championnière, Duret, de Lille, Tuffier, Terrillon et actuellement, on peut dire de la néphropexie que c'est une des opérations courantes de la chirurgie des voies urinaires.

INDICATIONS ET CONTRE - INDICATIONS DE LA NÉPHROPEXIE.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que, grâce à la découverte de l'antisepsie et aux progrès considérables réalisés par la chirurgie depuis ce moment-là, la néphropexie était une opération relativement bénigne. Est-ce à dire que malgré cette bénignité opératoire, on doit opérer tous les cas de rein flottant ? Evidemment non.

Il arrive d'abord très souvent, et tous les praticiens en ont souvent vu des exemples, que le rein flottant est silencieux au point que certaines personnes en sont atteintes sans s'en douter et c'est le plus souvent, en venant consulter pour une autre maladie, qu'elles apprennent à leur grand étonnement qu'elles ont un rein flottant.

Plus souvent encore, il arrive que cette affection ne se traduit que par des symptômes à peu près insignifiants. La malade éprouve à certains

moments des douleurs vagues, plus ou moins bien localisées, mais qui sont parfaitement supportables. D'autres fois, elle est en proie à des troubles dyspeptiques variés : anorexie, aigreurs, maux d'estomac, sensation de plénitude, qu'elles mettent sur le compte d'une mauvaise alimentation ou d'une dyspepsie légère.

Il est de toute évidence que, dans ces cas-là, l'indication de l'intervention chirurgicale ne s'impose pas et elle serait d'ailleurs presque toujours repoussée par la malade.

Mais, en dehors de ces cas, pour lesquels on n'est d'ailleurs que rarement consulté et où l'on n'est mis qu'accidentellement sur la voie du diagnostic, il en est d'autres où le rein flottant détermine des accidents sérieux : douleurs vives, troubles digestifs intenses, accidents nerveux très prononcés et dans lesquels cependant la néphropexie est contre-indiquée. Il s'agit de ces cas où la néphroptose, presque toujours double, s'accompagne en même temps d'une chute générale de tous les viscères au point que, chez ces malades, on constate, en même temps que des reins mobiles, une laxité très grande de la paroi abdominale, une éventration parfois considérable, des hernies multiples, de l'emphysème pulmonaire, des varices, etc. On comprend parfaitement que, contre ces accidents, toute intervention chirurgicale serait illusoire. Ce sont ces cas-là qui relèvent bien mieux d'un traitement ortho-

pédique que d'un traitement chirurgical, et le port d'une ceinture appropriée, en soutenant la masse intestinale, fera disparaître en partie le déplacement rénal qui en était la conséquence fatale, en même temps que les accidents, s'ils ne disparaissent pas complètement, diminueront beaucoup d'intensité.

Comme l'a répété M. Albarran, dans son mémoire publié en 1895 dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, une opération, en pareil cas, n'est justifiée que lorsqu'il existe des accidents qui peuvent, sans contestation aucune, être attribués à la mobilité rénale et lorsqu'il est impossible d'obtenir la cessation de ces accidents par les moyens orthopédiques. Encore faut-il savoir que, chez ces malades, le port ultérieur d'une ceinture remédiant à l'entéroptose sera le complément indispensable de la néphrorrhaphie.

M. Albarran ajoute encore, et avec raison, qu'avec la ceinture, on se propose seulement pour but de maintenir en place le rein mobile, comme, par un bandage herniaire, on se propose de contenir une hernie. Si, dans ces cas, le bandage ne détermine pas la cessation des accidents, l'opération est indiquée. Toutefois, même si le bandage détermine une amélioration ou une cessation des accidents, on peut, sauf contre-indication particulière, proposer l'opération en laissant la malade libre

de choisir entre le port d'une ceinture à vie et l'opération de la néphrorrhaphie.

En somme, il en est des indications de la néphropexie dans le traitement du rein mobile comme des indications de la cure radicale dans le traitement des hernies non étranglées. L'analogie entre ces deux affections est encore complétée par ce fait que l'opération est aussi bénigne dans un cas que dans l'autre.

Un autre fait qui plaide en faveur de l'intervention chirurgicale, c'est que le rein mobile est susceptible d'occasionner des accidents parfois très graves et pouvant mettre la vie des malades en danger, et, à ce point de vue, on peut signaler la fréquence de l'albuminurie (14 pour 100 d'après Schilling), et surtout les complications d'ordre mécanique, comme l'étranglement rénal et l'hydronéphrose intermittente, et les complications infectieuses telles que la pyélo-néphrite et la pyonéphrose.

Donc, pour que la néphropexie puisse donner des résultats thérapeutiques satisfaisants, il faut que l'indication opératoire soit nettement posée, c'est-à-dire qu'il faut s'assurer que les troubles accusés sont dus à la ptose rénale ou que celle-ci contribue pour une large part dans leur manifestation.

M. Jonnesco, ainsi que beaucoup d'autres auteurs, divise les troubles occasionnés par la mobilité rénale en troubles généraux, trou-

bles de voisinage et troubles locaux. Parmi les troubles généraux, les phénomènes nerveux, méritent une attention particulière. En face d'une malade atteinte de rein mobile et présentant des symptômes nerveux, beaucoup de chirurgiens, convaincus qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre la mobilité rénale et ces phénomènes névropathiques, s'abstiennent d'opérer, mettant ces troubles nerveux sous la dépendance d'un état général préexistant. A ce point de vue, nous nous rangerons à l'opinion de M. Jonnesco qui, en présence de ces cas, n'hésite pas du tout à opérer. Des observations existent d'ailleurs, et nombreuses, où de bons résultats ont été obtenus dans de pareils cas à la suite d'une bonne fixation du rein.

Les accidents urémiques à forme gastro-intestinale, avec des vomissements incoercibles souvent, forment une indication importante.

Les troubles dûs à des compressions de voisinage, l'ictère par exemple par compression du canal hépatique, constituent une indication opératoire formelle et l'on comprend facilement que ces accidents disparaissent lorsque le rein est réintégré à sa place normale.

Les douleurs locales, qu'elles soient continues ou intermittentes, l'hydronéphrose intermittente, la pyonéphrose, quand elles reconnaissent pour cause immédiate la mobilité rénale, cons-

tituent des indications indiscutables d'une néphropexie hâtive.

En résumé, les indications opératoires de la néphropexie sont très nombreuses et à part les cas où le rein flottant ne trahit sa présence par aucun symptôme ou par des symptômes à peu près insignifiants, l'opération doit être proposée à la malade. La néphroentéroptose en effet, qui se traduit par une chute générale de tous les viscères, n'est pas une contre-indication formelle, et nous avons vu qu'en pareil cas on est autorisé à opérer, lorsque le traitement orthopédique a échoué ou n'a produit qu'une amélioration passagère et que les accidents sont nettement dus à la ptose rénale.

Il est un point que nous n'avons trouvé signalé nulle part et sur lequel le Dr Bazy a attiré notre attention. Chez certaines malades atteintes de rein flottant, les symptômes éprouvés sont si intenses et si nettement localisés qu'ils paraissent dus non au rein mobile mais bien à une maladie concomitante. Pour prendre un exemple, certaines malades ont des troubles gastriques si accusés qu'à un examen sommaire, on est tenté de les attribuer bien plus à une véritable lésion organique de l'appareil digestif qu'à la ptose rénale qui en est pourtant la cause véritable, puisque l'opération de la néphropexie fait disparaître ces symptômes. M. Bazy a observé un certain nombre de ces cas où les accidents,

bien que ne paraissant pas dûs à la mobilité rénale, disparaissaient complètement à la suite de l'intervention chirurgicale. M. Bazy se dispose d'ailleurs à les publier dans un mémoire qui va paraître sous peu.

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE NÉPHROPEXIE

Avant de passer en revue les différents modes opératoires employés par les chirurgiens pour pratiquer la néphropexie, nous allons signaler très sommairement les conditions que doit remplir un bon procédé opératoire de néphropexie, ce qui nous permettra de mieux comprendre et de pouvoir mieux comparer entre eux les différents procédés que nous étudierons dans la suite.

A ce point de vue, nous ne pouvons mieux faire que de nous ranger à l'avis émis par M. Jonnesco, lors de sa récente communication au *Congrès de chirurgie* de Moscou, en 1897.

Un bon procédé opératoire de néphropexie doit remplir les trois conditions suivantes :

1° Être d'une bénignité absolue. C'est en effet là une condition principale, indispensable même et, à cette occasion, nous ferons justice en passant des procédés de néphropexie transpérito-

néale, justement abandonnés aujourd'hui, et qui ont le grave inconvénient d'ouvrir le péritoine pour aller à la recherche du rein, complication opératoire qui n'est pas toujours sans dangers.

2° Assurer la fixation définitive du rein dans une bonne position. Pour que la néphropexie puisse en effet donner des résultats satisfaisants, il faut que le rein soit fixé dans la position qui se rapproche le plus de sa position normale et il faut, en outre, que cette fixation soit définitive pour éviter toute récurrence.

3° altérer le moins possible le tissu rénal. Cette dernière condition, qui n'est cependant pas dénuée d'importance, est celle qui est le plus souvent négligée par certains chirurgiens qui, soucieux surtout d'obtenir une fixation du rein solide et définitive, font subir à cet organe certaines altérations qui seront plus tard préjudiciables à son bon fonctionnement.

Dans l'étude qui va suivre des différents modes opératoires de néphropexie, nous passerons rapidement sur les procédés mis en usage par les premiers opérateurs et qui, à cause de l'incertitude de leurs résultats, sont aujourd'hui complètement délaissés, pour nous arrêter plus en détail sur ceux qui sont employés couramment à l'heure actuelle par nos maîtres dans les hôpitaux et qui ont donné entre leurs mains de si beaux résultats. Il nous était naturellement dif-

ficile d'apporter dans cette étude quelque originalité, mais cette description nous était nécessaire pour pouvoir mieux comparer le procédé que nous nous proposons de décrire en dernier lieu et qui constitue le fonds principal de ce travail.

D'abord, pour ce qui est de la position à donner à l'opérée, tous les chirurgiens sans exception sont aujourd'hui d'accord pour placer la malade dans le décubitus latéral du côté opposé. C'est en effet la position qui donne le mieux accès sur la région lombaire, surtout si l'on a soin de placer sous l'échancrure costiliaque du côté opposé, un rouleau de toile ou mieux un coussin cylindrique rempli de sable fin.

Les divergences surviennent au contraire et très nombreuses, lorsqu'il s'agit de déterminer dans quel sens doit être dirigée l'incision, l'étendue qu'elle doit avoir, son point de départ et sa terminaison. Nous nous bornerons pour le moment à décrire les différentes sortes d'incisions qui ont été employées, en discutant rapidement les avantages ou les inconvénients inhérents à chacune d'elle. L'incision employée dans la néphropexie n'est d'ailleurs pas spéciale à cette opération ; elle est destinée tout simplement à aller à la recherche du rein. Or, la chirurgie du rein existait déjà depuis longtemps ; nous avons même vu que la néphrectomie avait précédé la

néphropexie dans le traitement chirurgical du rein mobile douloureux.

Simon faisait partir son incision du bord supérieur de la onzième côte et la faisait aboutir au milieu de l'espace costo-iliaque, c'est-à-dire dans l'espace compris entre la douzième côte et la partie la plus élevée de la crête iliaque. Cette incision qui avait pour but d'éviter plus sûrement le péritoine avait le grand inconvénient de ne pas donner assez de jour au chirurgien. Elle était en outre trop haut située et donnait surtout accès sur le côlon ; de plus, le muscle carré des lombes se trouvait forcément sectionné.

D'autres chirurgiens, notamment Bruns et Paoli, firent partir leur incision, non plus du bord supérieur de la onzième côte, mais du bord supérieur de la douzième et la firent aboutir à la crête iliaque, à huit centimètres en dehors des apophyses épineuses. De cette façon, ils évitaient la section du muscle carré des lombes qu'ils rejetaient du côté de la colonne vertébrale. Ajoutons que ces chirurgiens, pour se donner plus de jour, pratiquaient en même temps la résection partielle de la douzième côte, procédé qui avait pour grave inconvénient d'ouvrir le sinus pleuro-costo-diaphragmatique et qui est aujourd'hui justement abandonné.

Actuellement, deux incisions se partagent les faveurs des chirurgiens : l'incision verticale et

l'incision oblique partant de l'angle costo-musculaire.

L'incision verticale part du bord supérieur de la onzième côte et aboutit à un travers de doigt et même deux au-dessous de la crête iliaque, incision passant sur le bord externe de la masse sacro-lombaire. Pour éviter de tomber dans l'épaisseur du muscle, Tuffier conseilla de conduire cette incision à quatre travers de doigt et non à quatre centimètres comme cela avait été conseillé.

L'incision oblique part de l'angle costo-musculaire, en suivant à peu près la direction de la bissectrice de cet angle, et va aboutir à la partie la plus élevée de la crête iliaque.

Abordons maintenant l'étude des différents procédés opératoires. Sans parler de la néphropexie transpéritonéale, opération de nécessité, on peut résumer, comme l'a fait M. Jonnesco dans sa communication au *Congrès de chirurgie* de Moscou en 1897, les divers procédés de néphropexie translombaire de la façon suivante :

1° La néphropexie par simple suture de la capsule adipeuse du rein, imaginée, comme nous l'avons vu, par Hahn en 1881 et appliquée par Robert Weir (de New-York) en 1883, Agnew Hayes (de Philadelphie) en 1885, et Turgard en 1887, fut ensuite complètement abandonnée à cause des récidives inévitables ;

2° La néphropexie par la suture de la capsule

adipeuse et de la capsule fibreuse propre du rein, imaginée par Hahn et suivie par beaucoup de chirurgiens, entre autres, Ceccherelli, Paoli, Richardson, Gilmore, etc., a, pour les mêmes raisons, le même sort que la précédente ;

3^e La néphropexie par suture de la capsule adipeuse et du rein lui-même était déjà un progrès opératoire considérable. Ce procédé, imaginé par Bassini et exécuté par Delhaes, Kuster, Swenson, Lauenstein, Gardner, Newman, Paoli, Morris, Duret, etc., quoique plus efficace que les précédents, ne déterminait pas des adhérences suffisamment solides et les récidives beaucoup trop fréquentes auxquelles il donnait lieu l'ont fait complètement abandonner.

Actuellement, deux procédés seulement sont en grande faveur, ce sont :

1^o La néphropexie par fixation du rein seul, avec décortication du rein par sa capsule propre;

2^o La néphropexie par fixation du rein seul mais sans décortication du rein par sa capsule propre.

Nous allons nous arrêter un peu plus longtemps sur ces deux procédés que l'on désigne encore, le premier sous le nom de procédé de Tuffiér, le second sous le nom de procédé de Guyon. Nous décrirons ensuite le procédé employé par le D^r Bazy et qui constitue la partie vraiment originale de ce travail et nous compa-

rerons entre eux ces différents modes opératoires.

Procédé de Tuffier

Le procédé avec décortication du rein par sa capsule propre fut imaginé par Lloyd en 1887 et vulgarisé par les études expérimentales de M. Tuffier en 1889. Nous en trouvons la description complète dans la thèse de Faraggi soutenue en 1893 à la Faculté de Médecine de Paris.

M. Tuffier se sert tantôt de l'incision verticale, tantôt de l'incision oblique.

Le chirurgien, arrivé sur la capsule graisseuse, la déchire avec les doigts pour découvrir le rein. La glande mise à nu, on traverse son extrémité inférieure avec un fil double de catgut qui servira plus tard à la suture et permet pour le moment de maintenir le rein au niveau de la plaie. La partie moyenne de la glande est traversée par un deuxième fil, également de catgut toujours double et l'extrémité supérieure est traversée par un fil de soie plate.

On procède alors, avant de faire la suture, à la décortication de la capsule comprise entre les fils. Il ne se produit alors aucune hémorrhagie. On ajoute parfois sur la partie du rein dépourvue de sa capsule quelques légères scarifications.

De cette façon, pour obtenir la fixation, il suffira d'entourer le rein d'une atmosphère plastique susceptible de se réunir autour de lui et d'en assurer son immobilité.

Tout d'abord M. Tuffier essaya de mettre l'organe derrière l'atmosphère graisseuse rétro-rénale qui, elle, est fixe et ne suit pas le rein dans ses déplacements. Il a suffi de décoller cette graisse, de mettre le rein derrière elle, au contact de l'aponévrose du transverse, et de suturer. Le résultat fut parfait. Mais il trouva que cette graisse était trop lâche pour constituer un point d'appui solide. C'est alors qu'il eut l'idée de faire une loge beaucoup plus solide et pouvant défier toute récidence. Il conçut l'idée de décoller l'aponévrose du transverse et du petit oblique et de placer le rein dans cette loge en ménageant une ouverture assez large pour le passage du pédicule.

Le rein décortiqué, scarifié dans la portion comprise entre les fils, on procède à la suture. Le fil supérieur (soie plate aseptique) est fixé au périoste de la douzième côte, tandis que les fils de catgut, numéros 2 et 3, traversent les plans musculo-aponévrotiques de la plaie. Les surfaces cruentées étant ainsi mises en contact, on serre modérément les fils afin de ne point déchirer le parenchyme rénal, sinon le compromettre plus tard.

Une suture en surjet faite à quatre étages dans

les plans musculo-aponévrotiques, à l'aide d'un catgut n° 2, constitue l'avant-dernier temps de l'opération que terminent les sutures de la peau faites avec le crin de Florence.

Après un pansement aseptique, on applique un bandage de corps avec sous-cuisses afin qu'il ne remonte pas les jours suivants.

La malade est couchée dans son lit la tête basse, et le siège un peu élevé pendant une quinzaine de jours.

Par ce procédé, on obtient en effet des adhérences solides. C'est là un fait indiscutable bien mis en évidence par les expériences de Tuffier, Delagenière, Albarran, etc. Nous verrons, après avoir étudié le procédé de M. Guyon, les inconvénients que certains chirurgiens attribuent à ces procédés.

Procédé de Guyon.

M. Guyon qui avait imaginé l'avivement du rein que nous avons vu pratiqué et préconisé par M. Tuffier, l'a complètement abandonné au cours de ses opérations et il regarde la fixation par la simple suture comme parfaitement suffisante, à la condition de prendre certaines précautions.

D'après M. Guyon, la simple fixation de la capsule graisseuse est insuffisante : il faut passer les fils à travers le rein, mais, pour ne pas cou-

per le parenchyme rénal, il ne faut pas trop les serrer. Dans ce but, M. Guyon traverse franchement la substance rénale à un centimètre environ de son bord convexe avec un catgut double n° 2. Un nœud fixe l'un à l'autre les deux catguts, à leur entrée et à leur sortie du rein. Pour cela, M. Guyon saisit avec une pince à force-presse les deux chefs et déprime légèrement le rein, tandis qu'un aide tend les deux chefs qui émergent de la face opposée. Le nœud est alors fait contre la pince. La même manœuvre étant répétée sur la face opposée, on a un rein traversé par un fil double sur les extrémités duquel on pourra tirer autant que l'on voudra sans jamais serrer le parenchyme. M. Guyon passe alors les chefs à travers la capsule graisseuse, une partie de la tranche musculaire, les noue et les coupe à ras. La même manœuvre étant répétée sur chacune des lèvres de la plaie avec l'extrémité correspondante du fil double, le rein se trouve soutenu sans être serré en aucun point.

La capsule graisseuse, se trouvant comprise dans les anses qui traversent la paroi lombaire, contribue à soutenir le rein. Trois à quatre points suffisent dans tous les cas.

M. Guyon a coutume de terminer la fixation par le passage du fil autour de la douzième côte. C'est là un point secondaire et dont on peut se dispenser tout en ayant une fixation excellente.

Nous ne sommes point assez compétent pour nous permettre de faire la critique de l'un ou l'autre de ces procédés qui ont donné entre les mains de leurs auteurs des résultats si remarquables. Aussi nous contenterons-nous de citer sans aucune appréciation, les inconvénients qui peuvent être reprochés à l'une ou l'autre de ces méthodes. Voici comment s'exprime M. Jonsnesco dans sa communication récente au *Congrès de chirurgie* de Moscou en 1897 :

Avec ou sans décortication, le procédé de Guyon et ses dérivés présentent deux grands inconvénients : la position donnée au rein fixé et le mode de fixation de l'organe, c'est-à-dire la suture.

En effet, dans le procédé Guyon-Tuffier et ses dérivés, le rein n'est pas fixé dans toute l'étendue de son bord externe ; son extrémité inférieure seule est fixée, tandis que l'extrémité supérieure est poussée sous les côtes, cherchant ainsi à remettre l'organe dans une situation se rapprochant de la normale. On sait, en effet qu'à l'état normal le rein ne dépasse les fausses côtes que par son tiers inférieur. Or, à ce fait est due la luxation fréquente de l'extrémité supérieure du rein avec toutes ses conséquences dues à la strangulation rénale consécutive.

De plus, un seul des trois fils qui passent à travers les reins passe par le périoste de la douzième côte, les deux autres ne passant que par

des tissus mous, ce qui diminue beaucoup la chance d'une fixité parfaite.

L'emploi de fils de soie au cours de l'opération présente également certains inconvénients.

Malgré l'asepsie la plus parfaite, il y a en effet des cas de suppuration soit immédiate, soit tardive, sur le trajet des fils, ce qui détermine la formation de collections purulentes et de fistules qui ne disparaissent qu'avec l'élimination des fils. M. Albarran cite sept cas de ce genre.

Le fil de soie permanent provoque quelquefois par sa présence des douleurs intolérables. Tel est le cas de M. Guyon qui a dû intervenir sur une malade opérée par M. Pozzi pour lui enlever un fil profond, cause de ses douleurs.

Un autre grave inconvénient est causé par suite de la permanence des fils à l'intérieur du parenchyme rénal. Ces fils provoquent en effet autour d'eux et même à une assez grande distance des zones de tissu de sclérose, tissu de sclérose qui altère beaucoup le tissu rénal, fait qui a été bien mis en lumière par les recherches de Delagenière, Zatti, Albarran, Jonnesco.

C'est même pour obvier à ce dernier inconvénient que M. Jonnesco a complètement abandonné les fils de soie qu'il remplace par des fils d'argent qui ne restent dans les tissus que le temps nécessaire pour la formation des adhé-

rences solides et qu'il enlève au bout d'un temps plus ou moins long.

Ajoutons en outre que le procédé de M. Tuffier avec décortication de la capsule propre du rein crée des adhérences beaucoup trop solides, qui immobilisent complètement le rein qui ne peut ainsi échapper à la compression.

Avant de décrire le procédé qui est employé par le Docteur Bazy, nous allons dire deux mots d'un procédé employé pour la première fois en 1895 par MM. les Docteurs Pouillet de Lyon et Vulliet de Genève, sur une malade âgée de 38 ans, qui ne pouvait rester debout au-delà de quelques minutes.

Ce procédé consiste à passer un tendon pris dans la région dorsale et le voisinage du rein, à travers le rein flottant et à le fixer au moyen de ce ligament vivant.

Beaucoup plus compliqué que les précédents, il nécessite, en outre de l'incision dans le flanc pour aller à la recherche du rein, une seconde incision dans le dos, parallèle à l'épine dorsale et qui a pour but de découvrir la série des faisceaux tendineux par lesquels le muscle long dorsal s'insère aux apophyses épineuses. C'est celui de ces tendons qui s'insère à l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire qui est soulevé d'abord, désinséré ensuite et qui constitue finalement le futur ligament rénal. Ce tendon est passé par transfixion à travers la face

postérieure du rein dans le sens longitudinal et son bout libre est fixé à la plaie par des sutures métalliques.

Les observations de malades opérées par ce procédé ne sont pas encore suffisamment nombreuses pour permettre d'en apprécier la portée définitive et il présente le grand inconvénient de s'accompagner d'un traumatisme considérable et d'être une opération en somme beaucoup plus grave que les procédés employés habituellement

PROCÉDÉ DU D^r BAZY

Le procédé que nous allons maintenant décrire a été imaginé par le D^r Bazy en 1885 et il l'appliqua pour la première fois le 18 août 1885 avec MM. Charles Labbé et Rémy, c'est-à-dire bien avant que M. Guyon et M. Tuffier aient fait paraître la description de leurs procédés.

Ce procédé diffère suffisamment de ceux que nous venons de décrire pour mériter une étude spéciale, et les bons résultats qui ont été obtenus par son emploi, entre les mains de ce chirurgien, lui assignent à l'avenir une place importante dans le traitement chirurgical du rein mobile.

Ce procédé comprend quatre temps que nous allons successivement décrire.

1^{er} *temps*. — Incision dans le flanc pour aller à la recherche du rein.

2^e *temps*. — Suture de la capsule propre du rein ;

3^e *temps*. — Suture de la capsule celluloadipeuse du rein ;

4^e temps. — Suture des muscles et de la peau.

1^{er} temps. — La malade est couchée dans le décubitus latéral du côté opposé et un rouleau cylindrique de toile rempli de sable fin est placé sous l'échancrure costo-iliaque, de façon à bien mettre en évidence la région lombaire qui est ensuite rendue aseptique par des nettoyages successifs à la brosse et à l'eau de savon chaude d'abord, à l'alcool et au sublimé chaud ensuite.

M. Bazy pratique alors l'incision pour aller à la recherche du rein. Cette incision part du sommet de l'angle costo-musculaire et, suivant que l'espace situé entre la douzième côte et la crête iliaque est plus ou moins étendu, elle passe soit à un travers de doigt de la partie la plus élevée de la crête iliaque, soit plus souvent à deux bons travers de doigt au-dessus de cette partie. M. Bazy a en effet remarqué que, chez les femmes atteintes de rein mobile, l'espace costo-iliaque est beaucoup plus étendu qu'il ne l'est habituellement chez les femmes normalement constituées. C'est pour cela que, dans les observations qu'il a bien voulu mettre à notre disposition, nous verrons que cette incision au lieu d'aboutir à la partie la plus élevée de la crête iliaque passe le plus souvent à trois ou quatre centimètres plus haut.

Une fois l'incision pratiquée, on arrive rapidement sur l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein. Cette couche cellulo-adipeuse est sectionnée de

haut en bas à l'aide de ciseaux. On ne pratique donc pas une résection de la capsule graisseuse, mais simplement une incision dont il suffit d'écarter les lèvres pour voir le rein à nu.

2^e temps. — Le rein étant largement mis à découvert, on procède à sa suture de la façon suivante.

On place trois catguts (n° 3), le premier au niveau de l'équateur du rein, le deuxième au-dessous de sa partie moyenne et le troisième au voisinage de l'extrémité inférieure. Tous ces fils de catgut sont situés sur la face postérieure de l'organe et placés transversalement, en rasant de très près sa surface. Les orifices d'entrée et de sortie des fils dans le rein sont distants de trois centimètres environ.

Nous avons dit que ces fils rasaient de très près la face postérieure du rein. Cette disposition a pour but de donner aux fils une direction telle que la capsule propre du rein se trouve seule être intéressée. La partie de parenchyme rénal intéressé est en effet si minime qu'on peut facilement en pratique n'en tenir aucun compte.

Les deux fils supérieurs, c'est-à-dire celui qui est passé au niveau de l'équateur du rein et celui qui est intermédiaire à ce dernier et au fil qui traverse l'extrémité inférieure, sont passés au moyen d'une aiguille courbe dans le onzième espace intercostal qu'ils traversent d'avant en arrière. Quant au fil inférieur il est passé au-

dessous de la douzième côte qu'il rase de très près. Chacun des chefs de ce dernier fil passe à travers une des lèvres de l'incision musculaire.

Les fils ont été passés dans le rein transversalement ; ils sont de même passés transversalement dans le onzième espace intercostal.

La distance des points d'entrée et de sortie sur le rein est de trois centimètres environ, de façon à ce que la capsule propre du rein soit moins exposée à être déchirée lorsqu'on tire sur les fils. Cette distance est à peu près la même pour les points d'entrée et de sortie dans le onzième espace intercostal.

Le rein est ensuite remonté en masse dans sa loge par les fils sur lesquels on tire et il prend ainsi une position très rapprochée de sa position normale. Il résulte de cette disposition que l'extrémité supérieure de l'organe n'aura dans la suite aucune tendance à basculer en avant, le rein étant parfaitement maintenu et situé dans la loge qui lui est propre. De cette façon, se trouve évitée la luxation en avant de l'extrémité supérieure qu'on observait quelquefois dans les autres procédés.

Une fois que le rein est ainsi venu prendre sa position normale on tire légèrement sur les deux fils supérieurs qui ont pour but d'appliquer la face postérieure de l'organe contre la région lombaire. Il suffit alors d'écarter légèrement les lèvres de l'incision cutanée pour nouer les chefs

respectifs de ces fils et les nœuds sont ensuite recouverts par la peau.

Nous avons vu qu'il ne fallait que tirer légèrement sur les deux fils supérieurs. Il n'en est plus de même pour le fil inférieur qui doit être serré fortement. C'est ce fil en effet qui sert à fixer l'organe et à le maintenir dans la position qu'il doit occuper. Les chefs en sont noués de la même façon que précédemment. —

3^e temps. — Dans ce temps, le chirurgien s'occupe exclusivement de la capsule cellulo-adipeuse du rein. Cette capsule cellulo-adipeuse est recueillie et tassée entièrement contre l'extrémité inférieure du rein au moyen d'un surjet en catgut n° 2 qui sert à la remonter au-dessous du rein et à la fixer.

Cette capsule cellulo-adipeuse, ainsi tassée et remontée, forme au rein comme une sorte de hamac ou de suspensor qui contribuera beaucoup dans la suite à maintenir le rein en place.

Les deux chefs de ce surjet au catgut sont passés à travers les petits lambeaux musculaires appendus au bord inférieur de la douzième côte. Ils sont noués à ce niveau et coupés.

4^e temps. — Dans ce dernier temps, le chirurgien s'occupe de suturer la plaie musculaire et la plaie cutanée.

Les muscles sont suturés par un surjet au catgut très serré.

La suture de la peau est faite à l'aide de crins de Florence.

Un pansement aseptique avec bandage et sous-cuisses est appliqué et laissé en place jusqu'à la guérison complète.

La malade reste couchée au lit une quinzaine de jours la tête basse et le siège un peu élevé à l'aide d'un coussin qu'on lui place sous les fesses. Cette disposition a pour but de donner au rein, une position telle qu'il n'ait aucune tendance à redescendre de nouveau et à exercer des tiraillements sur les fils qui le maintiennent fixé et à favoriser le plus possible la production des adhérences.

Les fils sont enlevés au bout d'une dizaine de jours environ.

Anesthésie au chloroforme.

D'après ce qui précède, on voit que ce procédé remplit parfaitement les conditions qu'il doit remplir tout bon procédé de néphropexie.

Il est d'abord d'une bénignité absolue, ce qui, nous l'avons vu, est la principale condition d'un bon mode opératoire de néphropexie.

Les sutures du rein et de sa capsule adipeuse sont disposées de telle façon que cet organe est fixé dans une position qui se rapproche beaucoup de la situation normale. Cette fixation est définitive et en outre très solide. Le rein est en effet retenu en place par un double système ; d'abord par les fils qui le relie au onzième

espace intercostal et au bord inférieur de la douzième côte, ensuite par la suture de la capsule cellulo-adipeuse qui le maintient à la façon d'un suspensor permanent.

Il nous suffit d'ailleurs, pour donner une idée de la solidité de la fixation du rein obtenue par ce procédé, de citer le cas de cette femme, chez laquelle le Dr Bazy pratiqua en 1893 l'opération de la néphropexie, et qui, quelque temps après, sauta dans la rue de la hauteur d'un premier étage. Malgré la violence du choc, les adhérences du rein ne cédèrent pas et l'organe resta fixé en bonne position. Depuis ce temps-là le Dr Bazy eut souvent l'occasion de revoir son ancienne malade et, à chaque examen qu'il pratiqua, il put constater que le rein occupait toujours sa place normale.

La capsule propre du rein étant seule intéressée par le passage des fils, il en résulte que ce procédé réduit à leur minimum les lésions destructives du rein. Le parenchyme rénal n'est en effet nullement altéré et, par suite, on ne rencontrera pas plus tard dans son intérieur, tous ces tractus scléreux qui s'observaient, dans les autres procédés, à la suite du passage des fils à travers le rein.

La décortication de la capsule propre du rein est ici une complication opératoire inutile, car les expériences de Delagénère et d'Abarran ont montré que les adhérences se produisaient très

bien à la surface de l'organe non décortiqué.

D'ailleurs, les observations publiées à la fin de cette étude font foi des bons résultats obtenus par l'emploi de ce procédé que sa simplicité et sa bénignité recommandent à tout chirurgien soucieux d'opérer suivant les règles de l'art, c'est à dire avec le moins de traumatisme et le plus de sécurité possible pour la malade.

OBSERVATION I (Personnelle).

(Recueillie dans le service du Docteur Bazy. Hôp. Tenon).

La nommée A... E..., âgée de 40 ans, sans profession, entre à l'hôpital Tenon le 2 novembre 1896.

La malade n'a jamais fait de maladies graves. Elle a été réglée à 14 ans et toujours très régulièrement. Elle s'est mariée à 19 ans et a eu 12 enfants dont 6 seulement sont vivants et se portent bien.

Depuis douze ans, après sa neuvième couche, la malade souffre du ventre et principalement à gauche, du moins au début.

En 1890, au mois d'octobre, la malade consulte M. le docteur Richelot qui l'opéra et lui enleva l'ovaire gauche. Elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Depuis elle a eu 3 enfants, A sa douzième couche, elle

ressent des douleurs dans le côté droit. C'était alors au mois de novembre 1895.

Actuellement, c'est-à-dire en novembre 1896, la malade ressent de fortes douleurs qui l'empêchent de travailler et la font souffrir davantage au moment de ses règles. Elle vient consulter à l'hôpital Tenon où le docteur Bazy constate ce qui suit :

Au toucher, l'utérus est mobile, pas douloureux. Le col est gros, extra-versé.

Les annexes du côté droit paraissent sensibles, mais ne semblent pas augmentées de volume. Elles sont accolées contre le bord droit de l'utérus et descendent vers le cul-de-sac postérieur.

Le rein droit s'abaisse un peu sous l'influence de la toux à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes et remonte facilement.

La palpation de la région rénale droite détermine de la douleur avec irradiations du côté de la fosse iliaque droite.

La malade est opérée le 11 novembre 1896. Voici la description de l'opération prise le jour même :

Incision oblique partant de l'angle costo-musculaire et s'étendant jusqu'à la partie la plus élevée de la crête iliaque. On arrive très rapidement sur l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein. On voit sur la moitié postérieure de cette incision le bord postérieur du foie descendant sous forme de languette volumineuse jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque. Immédiatement en arrière, on voit le rein qui déborde par les trois quarts de sa longueur le rebord des fausses

côtes. On place trois fils de soie fine dont un est dans le pôle supérieur, l'autre un peu au-dessus de la partie moyenne du rein et le 3^e au voisinage de l'extrémité inférieure. Le premier et le deuxième fils sont passés dans le onzième espace intercostal, le troisième au-dessous de la douzième côte et la rasant de très près.

Les fils ont été passés dans le rein transversalement; ils sont de même passés transversalement dans l'espace intercostal. La distance des points d'entrée et de sortie sur le rein étant de trois centimètres, celle des points d'entrée et de sortie dans l'espace intercostal ne mesure que deux centimètres. Le rein est remonté et quand il est en place, on tire légèrement sur les fils. Il résulte de cette disposition que l'extrémité supérieure n'a pas de tendance à basculer en avant, maintenue qu'elle est par les deux fils supérieurs.

On tasse la capsule adipeuse contre l'extrémité inférieure du rein au moyen d'un surjet au catgut.

Suture des muscles au catgut.

Suture de la peau au crin de Florence.

Chloroforme.

Enlèvement des fils dix jours après l'opération.

Durant les quelques jours qui ont suivi l'opération, la malade a eu quelques vomissements et quelques coliques surtout du côté droit. Ces accidents n'ont pas tardé à disparaître et la malade est sortie de l'hôpital guérie le 31 décembre 1896.

OBSERVATION II (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r Bazy. Hôp. Tenon).

La nommée B... A..., âgée de 27 ans, couturière, aurait eu des troubles nerveux dès l'enfance. Réglée à 15 ans, elle l'a toujours été irrégulièrement et ses règles ont toujours été douloureuses. Elle a eu une grossesse à 21 ans.

Vers le quatrième mois de sa grossesse, à la suite d'un effort, elle a été prise de vives douleurs dans les reins ; en même temps, elle ne pouvait s'alimenter et avait une diarrhée intense chaque fois qu'elle prenait autre chose qu'un peu de lait.

Après l'accouchement elle a continué à ne prendre que du lait et du bouillon.

Ces douleurs de reins sont très vives et apparaissent dès que la malade marche ou qu'elle s'alimente, diminuent mais sans disparaître, par le repos au lit. Depuis quatre mois, les douleurs ont beaucoup augmenté et sont devenues presque intolérables.

Entrée à l'hôpital Tenon le 5 mai 1897 dans le service du D^r Bazy, elle est opérée le 28 mai.

Opération. — Incision oblique habituelle. On tombe sur la loge graisseuse périrénale. On voit très distinctement le foie qui se trouve situé en avant du rein, par conséquent descendu très bas. On ouvre la loge adi-

peuse du rein et on constate que celui-ci est descendu de façon que son extrémité supérieure descend à deux travers de doigt au moins au-dessous d'une saillie de la première vertèbre lombaire que l'on avait pris pour la douzième côte au début. La face postérieure du rein étant bien mise à nu, on passe trois points de suture transversaux au crin de Florence intéressant la capsule propre du rein et une partie du parenchyme sous-jacent. Le point inférieur est situé à 1 centimètre environ au-dessus de l'extrémité inférieure. Le point supérieur est situé à peu près au niveau de l'équateur du rein. Cela fait, on passe les deux crins supérieurs à travers le onzième espace intercostal, la troisième au-dessous de la douzième côte. Chacun des chefs correspondant à un crin passe à une assez grande distance de son congénère pour que, en tirant sur ces crins, on ne soit pas exposé à déchirer le rein.

Le rein, dont on avait constaté la réductibilité complète avant le placement des fils, est ainsi remonté de telle façon que son extrémité inférieure ne déborde l'apophyse de la douzième vertèbre que de l'épaisseur d'un doigt environ.

On tasse le tissu cellulo-adipeux et on le remonte contre l'extrémité inférieure du rein au moyen d'un crin de Florence.

Suture en étage des muscles et de la peau.

Pansement iodoformé. Chloroforme.

Enlèvement des fils le 6 juin c'est-à-dire 9 jours après l'opération.

Le malade sort du service le 15 juin 1897. La plaie est complètement cicatrisée et on constate que le rein est en situation normale.

OBSERVATION III (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r Bazy. Hôp. St-Louis).

La nommée M... V..., âgée de 36 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital le 28 décembre 1897.

Réglée à 11 ans, elle a toujours été bien réglée jusqu'au mois de mai 1897. A partir de ce moment, la malade a des pertes tous les 15 jours : ces pertes durent jusqu'au mois de septembre. En novembre, les règles sont moins abondantes et en décembre, elles n'arrivent pas.

A partir du mois de mai 1897, la malade éprouve des douleurs dans le ventre, douleurs localisées dans la fosse iliaque gauche. La malade était très constipée. On ne trouve rien à cette époque du côté gauche, mais on trouve un rein mobile et abaissé du côté droit. Le côté droit n'était pas douloureux. C'est depuis six semaines seulement que la malade commence à accuser des douleurs dans la région lombaire droite.

La malade urine normalement d'abord, puis l'urine cesse presque complètement. Actuellement, elle urine bien, mais est toujours très constipée et ne va à la selle qu'avec des lavements.

La palpation de la région rénale est très douloureuse

Le rein droit paraît descendu et augmenté de volume. La malade a une phlébite de sa veine médiane céphalique. Elle a beaucoup maigri surtout depuis les mois d'août et de septembre.

La malade entre à l'hôpital St-Louis le 28 décembre sortait de l'hôpital Andral, où elle était en traitement depuis un mois.

L'opération est pratiquée le 20 décembre 1897.

Opération. — En examinant une dernière fois la malade sous le chloroforme avant l'opération, on s'aperçoit que la tumeur que l'on avait constatée une première fois à l'hôpital Andral, une deuxième fois hier à son arrivée dans le service, paraissait plus haut située, n'était plus aussi facilement délimitable, quoique son extrémité inférieure ne reproduisit pas très nettement la forme du rein, et n'était pas mobile dans le sens vertical.

On fait alors une incision légèrement oblique partant un peu au-dessous de l'angle costo-musculaire et se dirigeant vers la crête iliaque tout en en restant distante de deux travers de doigt environ. Le premier organe que l'on rencontre est le foie suivant très nettement les mouvements respiratoires. En arrière est le rein, mobile aussi quoiqu'un peu moins. On ouvre la capsule cellulo-adipeuse du rein qui est tassée, membriforme; on l'incise et on arrive sur le rein auquel elle adhère intimement. On la détache sur toute sa hauteur et on voit alors que le rein est très allongé, d'apparence fibreuse à sa surface : son extrémité supérieure est à 4 centimètres

de l'angle costo-musculaire et son extrémité inférieure dépasse le bord inférieur du foie que l'on peut sentir à travers la peau, alors seulement que la malade est profondément endormie. L'extrémité inférieure du rein se perd dans la fosse iliaque.

On cherche alors à réduire le rein et on voit que sa loge n'existe plus et est occupée par le foie abaissé, d'où il résulte qu'on ne peut cacher derrière les fausses côtes que la moitié supérieure de l'organe, sa moitié inférieure restant au-dessous. On le fixe néanmoins dans cette situation par trois sutures au catgut transversales, l'une située au-dessous de l'équateur du rein et dont les deux chefs passent dans le onzième espace intercostal. Les deux autres sont situés au-dessous et chacun des chefs passe à travers une des lèvres de l'incision musculaire.

Cela fait, la capule cellulo-adipeuse est prise au niveau de son extrémité inférieure, remontée, formant comme une sorte de suspensoir au rein et tassée par un surjet au catgut.

Suture des muscles par un surjet au catgut.

Suture de la peau au crin de Florence. On évite de prendre dans la plaie, le nerf abdomino-génital.

Pansement iodoformé, chloroforme.

Les points de suture sont enlevés le 8 janvier 1897, c'est-à-dire onze jours après l'opération. Il y a un peu de suppuration.

La malade sort guérie à la fin du mois de janvier.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service du Dr Bazy. Hôp. St-Louis)

Rein mobile droit et salpingite double.

La nommée L... E..., âgée de 27 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 19 janvier 1898. Elle a été réglée à 12 ans et a toujours été bien réglée depuis. A eu un premier enfant à 20 ans 1/2, un deuxième 18 mois après, un troisième, 18 mois après, un quatrième et dernier 13 mois après c'est-à-dire il y a deux ans 4 mois. La malade a eu une péritonite consécutive à sa première couche et des abcès du sein à la suite de chacune de ses couches.

Depuis sa dernière couche, la malade a toujours été anémiée et a souffert du ventre du côté droit depuis trois mois, en même temps qu'elle avait des pertes de sang survenues huit jours après les dernières règles et renfermant de gros caillots noirâtres. La malade a perdu ainsi pendant trois jours et on lui a fait prendre une potion et des injections chaudes de sublimé, jusqu'à cinq par jour. La métrorrhagie s'est arrêtée et la malade n'a plus perdu avant les nouvelles règles. Dans l'intervalle, elle a toujours perdu un peu en blanc. Les douleurs ont continué et la malade entre à l'hôpital le 19 janvier.

L'examen pratiqué ce jour-là a donné les résultats suivants : Le ventre grossit un peu, surtout du côté droit, quand la malade est debout. A la palpation, on constate que le ventre est souple, indolore dans l'hypochondre gau-

che, l'hypogastre; l'hypochondre droit est un peu douloureux à la palpation. On y constate une masse dure, allongée, ayant la forme du rein, mobile, réductible, suivant les mouvements respiratoires. On peut lui imprimer par la palpation bimanuelle des mouvements de ballotement.

Par le toucher, on sent du côté droit une masse du volume d'une grosse noix accolée au bord droit de l'utérus. Du côté gauche, on sent plusieurs masses irrégulières remontant en arrière de l'utérus.

On sent dans le flanc droit une masse assez volumineuse qui l'occupe, masse très mobile, pouvant être refoulée facilement en haut. Par la palpation bimanuelle, on lui reconnaît une surface très arrondie, mobile dans tous les sens et on sent cette tumeur dans toute la région lombaire et l'angle costo-musculaire. Sa forme rappelle le rein augmenté de volume.

La malade se plaint de temps en temps de coliques qu'elle localise principalement dans le flanc droit. Elle compare les douleurs qu'elle ressent aux douleurs de l'accouchement. Ces douleurs surviennent tous les trois ou quatre jours, à n'importe quel moment, et restent localisées. Elles ne surviennent jamais la nuit, mais seulement lorsqu'elle est levée. Pas de gaz ni de gargouillements.

La malade est opérée le 24 janvier par le Dr Bazy qui pratique la nephropexie.

Opération. — Incision partant de l'angle costo-musculaire et allant à un travers de doigt au-dessus de la partie la plus saillante de la crête iliaque. On arrive dans le tissu cellulaire périrénal et on trouve le

rein dans sa loge. Le tissu cellulaire situé au-dessous est très flasque et très lâche. Le rein déborde d'un travers de doigt environ le rebord costal. La capsule adipeuse est incisée et un fil de catgut est placé en travers du rein à 4 centimètres de l'extrémité inférieure. On peut alors tirer sur le rein et on voit qu'on pourrait le faire descendre très facilement. Les deux chefs de ce fil de catgut sont passés dans le 11^e espace intercostal à 2 centimètres l'un de l'autre et liés. On passe de même un fil de catgut au niveau de son extrémité inférieure à travers les muscles et on le lie au-dessous de la douzième côte. Par un surjet, on tasse le tissu cellulaire en le remontant au-dessous des muscles. (Pendant la néphropexie, le rein est rentré dans sa loge, la malade étant en inversion sur le plan incliné).

Suture des muscles au catgut et de la peau au crin de Florence.

Pansement iodoformé. Chloroforme.

Les fils sont enlevés dix jours après et la malade quitte l'hôpital à la fin du mois de février.

OBSERVATION V (personnelle)

(Recueillie dans le service du Dr Bazy.

Hôpital Saint-Louis).

La nommée B... Th..., âgée de 26 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 12 avril 1898, parce qu'elle éprouve des dou-

leurs de reins aussitôt qu'elle se fatigue un peu ou qu'elle reste longtemps debout.

La malade a eu son premier enfant il y a cinq ans. La couche a été normale, sauf qu'elle s'est levée cinq jours après. Seize mois après ce premier accouchement, elle a été opérée d'une hernie inguinale droite.

Elle a eu un second enfant il y a dix-huit mois ; l'accouchement a été normal et la malade a gardé le lit pendant dix jours. C'est de ce moment là que datent les douleurs dont se plaint la malade.

A l'examen, la loge rénale du côté droit paraît vide ; la palpation est douloureuse. A trois travers de doigt au dessous du rebord costal et à quatre travers de doigt de la ligne médiane, on sent une masse résistante et un peu arrondie, sensible à la pression et qu'on réduit facilement ; l'extrémité inférieure du rein paraît augmentée de volume.

Le Dr Bazy, pratique la néphropexie le 22 avril 1898.

Opération. — Incision partant de l'angle costo-musculaire et allant à deux travers de doigt de la partie supérieure de la crête iliaque. Comme l'espace costo-iliaque est très étroit, cette incision se trouve être presque parallèle à la douzième côte. On arrive rapidement sur l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein et celui-ci est mis à nu. Il est petit, régulier et paraît sain. Son extrémité supérieure est à un travers de doigt au dessous de l'angle costo-musculaire. On peut arriver à le faire remonter facilement. On place trois catguts n° 3, le premier au niveau de l'équateur du rein, le deuxième au-dessous et le troisième au niveau de l'épi-

ne iliaque postéro-supérieure, tous à la face postérieure de l'organe qu'ils traversent d'avant en arrière,asant la surface et ayant leurs orifices d'entrée et de sortie distants de 3 centimètres l'un de l'autre.

Cela fait, on fait passer les chefs des deux fils supérieurs dans le onzième espace intercostal et les deux chefs du fil inférieur dans les muscles au-dessous de la douzième côte. Les points d'entrée et de sortie des deux chefs étant distants d'environ 2 centimètres $1/2$ l'un de l'autre. On les noue: le rein ainsi remonte. Son extrémité inférieure n'est située qu'à 1 centimètre $1/2$ environ au-dessous de la douzième côte.

On tasse ensuite la capsule par un surjet au catgut et on la remonte ainsi tassée contre la douzième côte de façon à suspendre et à maintenir suspendu plus efficacement le rein.

Suture des muscles au catgut.

Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement iodoformé. Chloroforme.

Le 21 avril. — La malade a quelques vomissements et présente un piqueté hémorrhagique généralisé qui disparaît presque complètement le lendemain, mais est encore très marqué au cou. La malade a $39^{\circ} 8$.

Le 25 avril. — La température s'abaisse un peu et atteint seulement $39^{\circ} 2$. La partie supérieure de l'incision est bombée et on sent nettement de la fluctuation. On fait sauter deux points de suture et aussitôt s'échappe du pus. On met un drain.

Le 27 avril. — La fièvre continue à tomber. Une des quama-

tion assez abondante se fait au niveau des aisselles et du cou.

Le 5 mai. — La fièvre est complètement tombée (37°). La suppuration est toujours aussi abondante. Le lavage de la plaie est fait tous les jours depuis le 25 avril avec l'irrigateur contenant de l'eau stérilisée.

Le 8 mai. — La température est de 37°2. Au pus se trouvait mêlé un peu de sang. La suppuration est moins abondante.

Le 17 mai. — La suppuration est presque tarie. Les pansements sont faits seulement tous les deux jours.

La malade sort de l'hôpital le 31 juin complètement guérie de tous les accidents qu'elle avait présentés et dont la plupart étaient dûs à une intoxication par le sublimé.

OBSERVATION VI (personnelle)

(Recueillie dans le service du Dr Bazy. Hôp. Saint-Louis)

La nommée H., E..., âgée de 22 ans, cartonnière, entre à l'hôpital le 6 juin 1898 parce qu'elle ressent des douleurs au niveau du flanc droit avec irradiations dans la fosse iliaque du côté correspondant.

Ces douleurs ont débuté depuis environ un an, à la suite d'un effort fait par la malade et apparaissent seulement lorsque la malade reste longtemps debout ou se fatigue un peu plus que d'habitude.

Par la palpation bimanuelle, on a tous les signes physiques du rein mobile.

La néphropexie est pratiquée par le Dr Bazy, le 9 juin.

Opération. — Incision habituelle partant de l'angle costo-musculaire et venant passer à un travers de pouce au-dessus de la partie la plus élevée de la crête iliaque. On sectionne les muscles, et par le triangle de J. L. Petit, on arrive sur l'atmosphère celluleuse qui entoure le rein. On voit au travers le rein se mouvoir de haut en bas suivant les mouvements de la respiratoires. Déjà apparaît son extrémité inférieure au-dessous de la douzième côte. On incise la capsule adipeuse sur presque toute la hauteur du rein et on met à nu la substance de l'organe. On passe trois catguts n° 3, un au niveau de l'équateur du rein, un autre à son extrémité inférieure et le troisième intermédiaire ; les fils cheminent sur la face postérieure du rein à deux centimètres l'un de l'autre ; les deux chefs des fils supérieurs sont passés dans le onzième espace intercostal et chaque chef à une distance de trois centimètres environ du chef correspondant. On les noue entre eux respectivement. Quant au troisième, les deux chefs en sont passés à travers les muscles au-dessous de la douzième côte.

On remonte ensuite et on tasse la capsule celluloadipeuse au-dessous de l'extrémité inférieure du rein, faisant ainsi une espèce de hamac suspendu par les chefs des catguts à la douzième côte.

Suture des muscles par surjet au catgut.

Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement iodoformé. Chloroforme.

Enlèvement des fils 10 jours après l'opération.

La malade quitte le service le 30 juin 1898 complètement guérie.

OBSERVATION VII (personnelle).

Recueillie dans le service du D^r Bazy; Hôpital St-Louis).

Néphropexie et splénopexie.

La nommée M... M., âgée de 50 ans, ménagère, entre le 22 juillet 1898 à l'hôpital Saint-Louis parce qu'elle se plaint de douleurs au niveau du flanc gauche avec irradiations dans la région lombaire.

La malade a eu 5 enfants ; les accouchements ont été normaux.

Elle a fait une chute d'un arbre il y a une douzaine d'années et c'est à partir de ce moment qu'elle a commencé à ressentir des douleurs au niveau de la région lombaire gauche. Ces douleurs, d'abord légères, n'ont fait qu'augmenter d'intensité et la malade est à peu près incapable actuellement d'accomplir le plus petit travail.

Ménopause depuis deux ans.

A l'examen, on constate par la palpation bimanuelle un déplacement du rein gauche que l'on énuclée facilement entre les doigts.

Le 4 août, M. Bazy pratique l'opération de la néphropexie qui, comme on va le voir, a dû s'accompagner en même temps de splénopexie.

Opération. — Incision habituelle et, comme l'espace costo-iliaque est très étendu, la partie inférieure de l'incision passe à un bon pouce de la partie la plus saillante de la crête iliaque. Les muscles sont incisés et, chose remarquable, ils ne saignent pas. On ne trouve pas de capsule cellulo-adipeuse, et, voyant l'organe mobile au-dessous d'un revêtement pouvant être pris pour la capsule adipeuse, on incise à ce niveau et on voit qu'on a ouvert le péritoine et que l'organe mobile est la rate, ce dont on aurait pu se douter en voyant que l'extrémité supérieure de cet organe était cachée sous les fausses côtes. On passe deux catguts en travers du péritoine pariétal et à la partie superficielle voisine de la rate. Les points d'entrée et de sortie se trouvant situés à 2 centimètres l'un de l'autre et, après avoir fermé par un surjet au catgut l'ouverture péritonéale, on passe ces fils à travers le onzième espace intercostal où ils sont noués.

On avait déjà reporté le doigt en arrière de la rate et on avait constaté que le rein était descendu de telle façon que son extrémité supérieure se trouvait être à 5 centimètres environ au-dessous de l'angle costo-musculaire. La face postérieure de l'organe est dépouillée de la capsule cellulo-adipeuse assez lâche, peu épaisse et on passe, suivant le mode habituel, trois catguts n° 3 sur cette face postérieure. Ces fils sont passés comme d'habitude : les deux supérieurs à travers le onzième espace intercostal et l'inférieur au-dessous de la douzième côte à travers les petites masses musculaires qui y sont appendues. La plèvre ayant été

ouverte par mégarde fut suturée et aucune complication ne s'en suivit.

Le rein est remonté ; les fils sont noués et on tasse la capsule cellulo-adipeuse au-dessus de l'extrémité inférieure du rein en la fixant aux rameaux musculaires appendus à la douzième côte. Le rein déborde encore cette douzième côte de 2 à 3 centimètres environ.

Suture en surjet au catgut pour les muscles.

Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement iodoformé. Chloroforme.

Les suites de l'opération ont été absolument apyrétiques. Les fils ont été enlevés 10 jours après l'opération et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie le 28 août 1898.

OBSERVATION VIII (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Bazy. Hôpital Saint-Louis).

La nommée P... E..., âgée de 33 ans, ménagère, entre le 3 février 1898, à l'hôpital Saint-Louis, parce qu'elle se plaint de troubles digestifs très accusés, parce qu'elle a des nausées, des aigreurs, des vomissements, et qu'elle a maigri considérablement depuis un certain temps.

Réglée à 14 ans 1/2, elle a toujours été très bien réglée.

La malade a eu un enfant en 1891 et a fait une fausse

couche en 1896, à la suite de laquelle elle a commencé à éprouver les douleurs d'estomac et de reins qui la décident aujourd'hui à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on sent parfaitement du côté droit une tumeur ayant la forme du rein descendant jusqu'au niveau de la crête iliaque droite. Cette tumeur est très mobile, indolente, et la réduction peut se faire facilement.

La malade est très amaigrie, a les traits tirés, fatigués, le facies terreux ainsi d'ailleurs que toute la peau qui est comme scléromateuse. L'abdomen n'est ni relâché, ni flasque.

On pratique la néphropexie le 7 février 1898.

Opération. — Incision dans l'angle costo-musculaire passant à deux travers de doigt au-dessus de la partie saillante de la côte iliaque, à cause de l'étendue de l'espace costo-iliaque. On tombe sur le tissu cellulaire périrénal et sur la capsule adipeuse du rein qui est un peu tâchée, ecchymotique, avec des taches un peu verdâtres, comme si elle avait subi les contusions habituelles.

Le rein est tombé vers la ligne médiane ; il est repoussé et on voit qu'il jouit d'une mobilité très grande, pouvant descendre de manière à ce que son extrémité supérieure soit à deux travers de doigt au-dessous de la douzième côte et de manière aussi à remonter dans sa loge.

La capsule propre du rein paraît assez adhérente à la substance corticale et la surface du rein lui-même est parsemée de taches bleuâtres, sans dépressions, comme

s'il y avait là des foyers d'inflammation cicatrisés.

On place trois points de suture, un au-dessus de l'équateur du rein, l'autre à deux centimètres au-dessous et le troisième au niveau de l'extrémité inférieure, avec des fils de catgut. Les deux premiers sont passés à travers le onzième espace intercostal, le dernier au-dessous de la douzième côte. Le rein est ensuite remonté et fixé, de façon à déborder la douzième côte d'un bon travers de doigt.

On prend ensuite la capsule cellulo adipeuse et le péritoine situé au-dessous et probablement aussi une portion du colon. On les remonte par un surjet au catgut vers la partie inférieure du rein où on les tasse.

Suture des muscles par un surjet au catgut. Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement aseptique. Chloroforme.

La malade sort de l'hôpital le 17 mars 1898.

Elle vient dans le service le 25 avril 1898 et on constate d'abord que son poids est de sept livres supérieur à celui qu'elle avait au moment de l'opération.

On sent l'extrémité inférieure du rein à deux travers de doigt au-dessous de la douzième côte. Ses troubles digestifs ont complètement disparu et son teint, au lieu de jaune qu'il était autrefois, est maintenant coloré. La malade peut maintenant travailler, ce qu'elle était incapable de faire avant son opération.

CONCLUSIONS

I. — L'intervention chirurgicale, en cas de rein mobile, est indiquée toutes les fois que les accidents éprouvés par la malade sont nettement dûs à la ptose rénale et qu'ils sont suffisamment intenses pour justifier une opération sanglante.

II. — Le seul traitement chirurgical du rein mobile est la néphropexie.

III. — Lorsque les accidents dûs à la ptose rénale disparaissent ou s'améliorent par le port d'appareils orthopédiques appropriés, on doit laisser la malade libre de choisir entre le port d'une ceinture à vie et l'opération de la néphropexie.

IV. — Le procédé de néphropexie du Dr Bazy se recommande :

1° Par sa simplicité et par sa bénignité absolue:

2° Par la fixation du rein en position très rapprochée de sa position normale.

3° Par une fixation solide et définitive du rein,

l'organe étant maintenu en place par un double système : d'abord par les fils qui le relient au onzième espace intercostal et ensuite par la suture de la capsule cellulo-adipeuse laquelle, tassée et refoulée contre l'extrémité inférieure de l'organe, le maintient à la façon d'un suspensoir.

4° Par ce fait que, la capsule propre du rein étant seule intéressée par le passage des fils de fixation, les lésions destructives du rein sont réduites à leur minimum et la sclérose rénale tardive est ainsi plus sûrement évitée.

Vu par le président de la thèse
BERGER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Annales des maladies des organes génito-urinaires. Année 1895 (mémoire de M. Albarran : Etude sur le rein mobile.
- LE DENTU. — Traité sur les affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales.
- D^r FURBRINGER (traduction de Hartmann). — Traité des maladies des organes génito-urinaires.
- Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, Année 1897 (Jonnesco. — Communication au Congrès de chirurgie de Moscou).
- ROBINEAU-DUCLOS. — Thèse, Paris, 1889. Incisions chirurgicales du rein.
- TUFFIER. — Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein. 1889.
- VANNEUFVILLE. — Thèse, Paris, 1887.
- DELAGENIÈRE. — Thèse, Paris, 1891.
- FARAGGI. — Thèse, Paris, 1892.
- LAVERGNE. — Thèse, Paris, 1894.
- Technique de la néphropexie par Budinger (Centralblatt für Chir., mars 1898).

